

起案 平成	年	月	日	常務理事	事務長	担当者
適用区分	標準報酬月額					
A ・ B	千円					

健康保険 限度額適用認定区分 288 変更届

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	(1) 被保険者証 の 記号・番号	記号		(2) 事業所の 名称・所属	名称	
		番号			所属	
	(3) 被保険者 の氏名			(4) 被保険者 の生年月日	大 昭 平	年 月 日
	(5) 被保険者 の住所	〒				
		TEL - -				
	(6) 適用対象者 の氏名		(7) 適用対象者 の生年月日	大 昭 平	年 月 日	被保険 者との 続柄
	(8) 適用対象者 の住所	〒				
		TEL - -				
標準報酬月額変更による認定区分変更						
被 保 険 者 署 名	平成 年 月 日 上記のとおり申請します。 南海電気鉄道健康保険組合理事長 殿 被保険者の 住所 _____ 氏名 _____ 印 1					

TN28811904P

申請上の注意

- この様式は、厚生労働大臣が定めた入院費用の窓口支払額が、法定自己限度額にとどめる場合に申請するものです。
- 入院された場合、あるいは入院することが決まった場合は速やかにこの申請書を提出して下さい。
- 標準報酬月額の変更により、適用区分が変更となる場合は、必ず旧認定証と認定区分変更届を提出下さい。
- 被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。また、被保険者本人以外の人の押印は省略することができません。

1この申請書は、交付手続きを円滑に行うために設けています。申請書に記入された情報は、本目的以外には使用しません。

南海電気鉄道健康保険組合